

*Assistant de Régulation
Médicale*

**DOSSIER
D'INSCRIPTION
VAE 2025**



CFARM - CHU ANGERS
4, rue Larrey 49933 Angers cedex 09
Secrétariat : 02.41.35.62.19
Email : cfarm@chu-angers.fr
Site internet : <https://www.chu-angers.fr>



CFARM - IFPM - CHU ORLÉANS
89, rue du faubourg Saint-Jean 45000 ORLÉANS
Secrétariat : 02.38.78.00.00
Email : secretariat.cfarm@ifpm45.fr
Site internet : www.ifpm-orleans.fr



CFARM - CHU RENNES
2, rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES Cedex 09
Secrétariat : 02.99.28.93.07/Poste 89.307
Email : accueil.orientation-PFPS@chu-rennes.fr
Site internet : www.chu-rennes.fr



Contenu du dossier :

A conserver (pages 1 à 4)

- Préambule
- Calendrier
- Information Validation des acquis de l'expérience
- Contenu de la formation

A retourner au CFARM d'Orléans :

- Documents à fournir
- Financement
- Fiche navette

CENTRES DE FORMATION ASSISTANT DE REGULATION MEDICALE

PREAMBULE

La formation des assistants de régulation médicale s'inscrit dans une dynamique interrégionale, qui permet d'assurer un accès à une formation de qualité pour les candidats issus des régions Bretagne, Pays de Loire, Centre-Val de Loire, et au-delà. La collaboration entre les neuf établissements membres permet de proposer un dispositif pédagogique de grande qualité, qui s'appuie sur des compétences et ressources pédagogiques complémentaires (notamment en matière de simulation), et sur le réseau des services Urgences-SMUR de l'interrégion, étroitement associés au projet.

Ce faisant, HUGO propose une structuration à partir d'un centre coordonnateur (CHU d'Angers), socle, auquel sont adossés deux autres centres formateurs (CHU de Rennes et CHU d'Orléans) pour un maillage optimal du territoire.

Calendrier :

Date limite d'envoi du dossier n°2 pour passage devant le prochain jury de certification	27 avril 2025 à minuit (cachet de la poste faisant foi)
Date d'entretien	19 mai au 27 juin 2025
Affichage des résultats	21 juillet 2025 10H00

Conditions d'inscriptions :

Téléchargement du dossier sur le site internet de l'IFPM d'Orléans.

Conditions d'accès à la formation (Arrêté du 19 juillet 2019 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale).

La formation est ouverte aux candidats âgés de 18 ans au moins au 31 décembre de l'année d'entrée en formation.

Conditions d'accès à la procédure VAE (article 23) :

Les candidats justifiant d'au moins un an d'expérience (en continue ou discontinue), à taux plein dans une activité de traitement d'appels d'urgence.

Validation des acquis et de l'expérience :

La procédure de validation des Acquis et de l'Expérience

- ✓ Dépôt de la demande de recevabilité à la VAE livret 1 : document CERFA n° 12818*02 et attestations ;
- ✓ Décision de recevabilité par le CFARM dans les 2 mois suivant la réception du dossier complet ;
- ✓ Si décision favorable : envoi du livret 2 ;
- ✓ Réception du livret 2 complété avec justificatifs. Le livret 2 est tapuscrit, paginé (maximum 100 pages), envoyé en **2 exemplaires papier, reliés** et **1 exemplaire dématérialisé**. La couleur est autorisée.
- ✓ Réception obligatoire de l'attestation d'AFGSU niveau 2 en cours de validité en amont de l'entretien,
- ✓ Convocation au jury d'évaluation : entretien d'une heure portant sur les activités réalisées lors du parcours professionnel et le dossier ;
- ✓ Décision du jury de certification.

Le jury portant une évaluation des compétences acquises est composé : d'un assistant de régulation médicale titulaire ou d'un permanencier auxiliaire de régulation médicale, en activité et expérimenté, et d'un médecin urgentiste pratiquant régulièrement la régulation médicale dans un centre de réception et de régulation des appels d'un service d'aide médicale d'urgence.

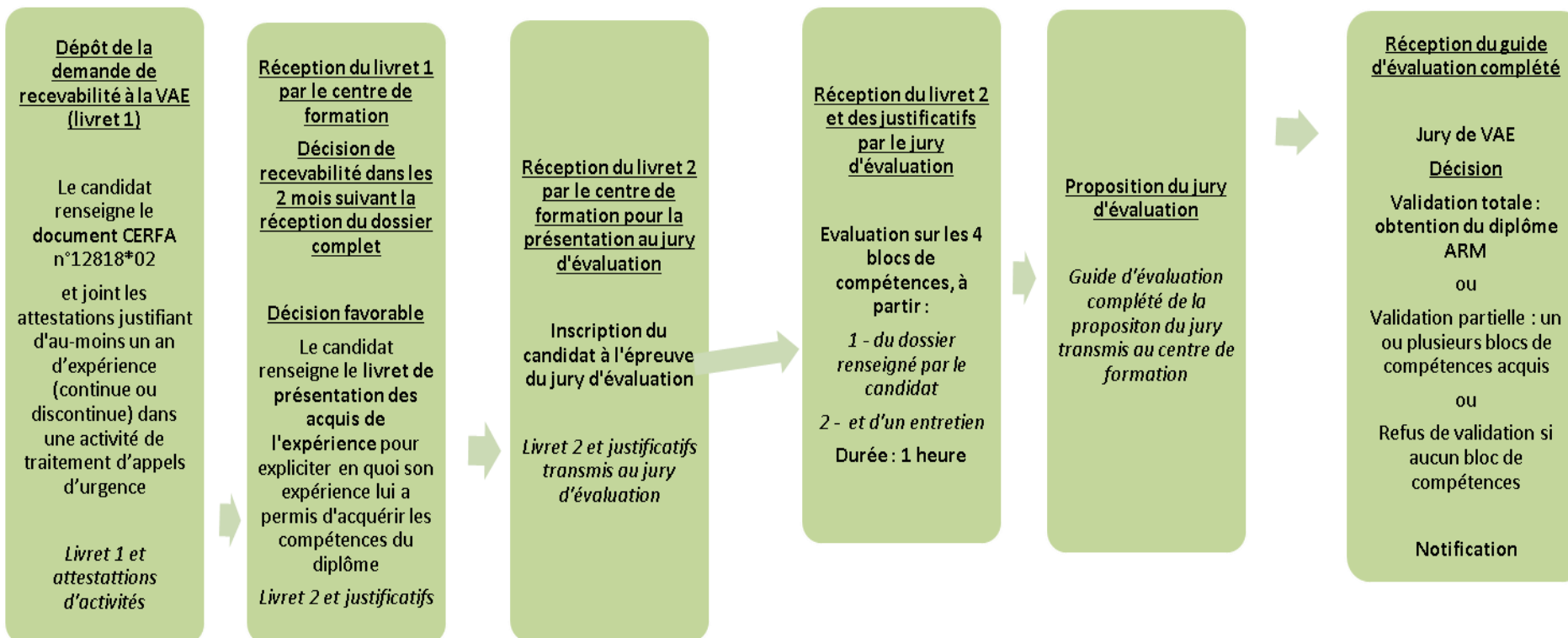
Les résultats sont affichés dans le Centre de formation d'Orléans ainsi que sur le site Internet. Tous les candidats sont personnellement informés par écrit de leurs résultats.

En fonction du jury de certification, si la validation du diplôme est partielle :

- Vous pouvez suivre les modules ou blocs non validés dans le CFARM de votre choix.
- Vous pouvez poursuivre votre expérience professionnelle avant une nouvelle demande de validation des acquis de l'expérience.

Frais d'inscription VAE et de validation : 250 €.

PARCOURS VALIDATION des ACQUIS de l'EXPERIENCE - VAE



Je soussignée (e) : atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce dossier d'inscription et la conformité à l'original des documents joints.

- J'autorise la diffusion des résultats sur le site internet du CHU d'Orléans, de Rennes et d'Angers.
- Je n'autorise pas la diffusion des résultats sur le site internet du CHU d'Orléans, de Rennes et d'Angers.

Date : Signature :

Attestation d'activités salariées

Diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM)

A remplir par l'employeur

Je soussigné(e) : M Mme

Nom :

Prénom :

Agissant en qualité de (fonction) :
.....

Nom de l'entreprise ou de l'employeur :
.....

Adresse de l'entreprise ou de l'employeur :
.....
.....

Code postal : Ville :

Cachet

Certifie que : M Mme

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /

à (département de naissance).....

Demeurant à :
.....
.....

Code postal : Ville :

A occupé la fonction ou l'emploi
de.....

Est ou a été employé(e) depuis le / / jusqu'au / /

A temps plein A temps partiel : %

Faite le :

Cachet et signature DRH :



Informations : Notice à l'attention de l'employeur.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation (7-8), notamment sur la page 8 en reportant le nom et prénom du candidat. Pensez aussi à signer et à appliquer votre cachet dans le cadre prévu à cet effet sur la page 8.

Attention, vous engagez votre responsabilité pour toutes les informations communiquées dans cette attestation.

Le faux et usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000€ d'amende.

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. » (Code pénal, art.441-1)

Recommandation pour le candidat à la VAE : Faire des copies de ce document et toujours conserver un exemplaire vierge en cas de besoin.

Durant cette période, (NOM, prénom) a exercé les activités suivantes liées au traitement d'appels en urgence :

Réception et traitement d'appels d'urgence

- Réception d'appels provenant de différents canaux de communication OUI NON
- Ouverture de dossiers informatisés et recueil d'informations OUI NON
- Saisie via outil informatique et codage des informations OUI NON
- Transmission et demande de validation au supérieur hiérarchique responsable de la décision OUI NON
- Hierarchisation des appels et orientation vers la ou les personne(s) concernée(s) OUI NON
- Transmission des informations à la ou les personne(s) concernée(s) OUI NON
- Guidage par téléphone de gestes d'urgence à réaliser OUI NON
- Echange par moyens radiophonique et informatique avec différents interlocuteurs OUI NON

Mobilisation et suivi des moyens opérationnels nécessaires au traitement de la demande

- Recherche et suivi des informations utiles sur la disponibilité des moyens opérationnels OUI NON
- Mobilisation de moyens opérationnels OUI NON
- Réception des informations / transmission à la ou les personne(s) concernée(s) OUI NON
- Suivi de l'intervention et de l'orientation de la personne OUI NON
- Vérification de l'opérationnalité des matériels liés à son activité OUI NON

Activités liées à la gestion administrative, la qualité, la sécurité et la vie du service

- Utilisation des logiciels métiers et mise à jour des données OUI NON
- Veille sur les différentes informations susceptibles d'impacter son activité OUI NON
- Application des règles de bonnes pratiques OUI NON
- Réalisation de déclarations d'événements indésirables OUI NON

Contribution aux déclarations d'évènements indésirables

OUI NON

Participation à des réunions de travail (type RETEX) liées à la démarche qualité

OUI NON

Appui à la gestion des moyens lors de la mise en œuvre de dispositifs prévisionnels de secours, en situation dégradée et en situation sanitaire exceptionnelle

Déclenchement et application des procédures relatives à ces situations

OUI NON

Activation d'une cellule de crise

OUI NON

Recueil et tri des informations spécifiques à ces situations

OUI NON

Transmission des informations aux différents interlocuteurs

OUI NON

Appui logistique et technique

OUI NON

Suivi de la traçabilité des informations

OUI NON

A : Le :

Attestation d'activités bénévoles

Diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM)

A remplir par deux personnes responsables de l'organisme gestionnaire ou de la structure d'accueil

M Mme

Nous soussigné(e)s

M Mme

..... Nom
..... Prénom
..... Agissant en qualité de
..... (fonction)

Identification de l'organisme gestionnaire

Dénomination :

.....

Adresse :

.....

.....

Code postal :

Ville :

Pour une association, date de création / /

Lieu.....

Cachet

Identification de la structure d'accueil (si différent)

Dénomination :

.....

Adresse :

.....

.....

Code postal :

Ville :

Pour une association, date de création / /

Lieu.....

Cachet

Consignes pour effectuer votre règlement par VIREMENT :

- 1 Il vous faut **enregistrer un nouveau bénéficiaire** en saisissant notre **IBAN** :

TRESOR PUBLIC				RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ			
Le relevé ci-contre est destiné à être remis à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements des quittances, etc...)							
Identifiant national de compte bancaire - RIB							
Code banque	Code guichet	N° compte	Clé	Domiciliation			
10071	45000	00002001149	61	TPORLEANS			
IBAN (International Bank Account Number)							
FR76	1007	1450	0000	0020	0114	961	
BIC (Bank Identifier Code)							
TRPUFRP1							
Titulaire du compte : REGIE PRESTATIONS INSTITUT D FORMATION PARAMÉDICALE CHRO 14 AVENUE DE L HOPITAL CS 86709 45067 ORLEANS							

- 1 Faites ensuite un virement d'un montant de 250,00 € en précisant le motif, votre nom, nom d'usage, prénom, selon le modèle suivant :

*Exemple pour Marina DUVAL (DUPONT), candidate à la VAE ARM 2025 :
VAE ARM JUILLET 2025 DUVAL DUPONT Marina*

Selon votre établissement bancaire, il peut y avoir un délai entre l'enregistrement d'un nouveau bénéficiaire et la réalisation du virement.

- 2 **Imprimer la preuve de virement** et la joindre à votre dossier.

A retourner avec le dossier :

CFARM - IFPM D'ORLEANS
89, rue du Faubourg Saint-Jean,
CS 85890
45058 ORLEANS Cedex 1

A compléter par vos soins :

Nom/Prénom :

Adresse :

.....
.....

Fiche navette

Votre dossier est incomplet pour les raisons suivantes :

- Dossier recevabilité : livret 1 avec attestations : **Attestation d'activités salariées et/ou Attestation d'activités bénévoles et le CERFA numéro 12818*02**
- Fiche navette
- Copie recto-verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité
- Attestation AFGSU niveau 2 en cours de validité
- Frais d'inscription de 250 €. Joindre la preuve de virement ou l'attestation de prise en charge par l'employeur.

Observations :

.....
.....
.....

Votre dossier est complet et enregistré le :

.....